FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Année 1928

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ETAT)

PAR

Edmond, Georges CHEVALIER

Né le 19 septembre 1900 à Quingey (Doubs)

TOPOGRAPHIE

DES

HÉMATOMES CONSÉCUTIFS AUX HÉMORRAGIES

COMPLIQUANT L'ÉVOLUTION DE LA GROSSESSE EXTRA-UTÉRINE

Président : M. J.-L. FAURE, *Professeur*

PARIS

LIBRAIRIE LOUIS ARNETTE

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1928

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1928

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ETAT)

PAR

Edmond, Georges CHEVALIER

Né le 19 septembre 1900 à Quingey (Doubs)

TOPOGRAPHIE

DES

HÉMATOMES CONSÉCUTIFS AUX HÉMORRAGIES

COMPLIQUANT L'ÉVOLUTION DE LA GROSSESSE EXTRA-UTÉRINE

Président : M. J.-L. FAURE, *Professeur*

PARIS

LIBRAIRIE LOUIS ARNETTE

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1928

LE DOYEN. . . M. ROGER.

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIÈRE.
Anatomie médico-chirurgicale	CUNEO.
Physiologie	ROGER.
Physique médicale	STROHL.
Chimie organique et chimie générale	DESGREZ.
Bactériologie	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	Marcel LABBÉ
Pathologie médicale	SICARD.
Pathologie chirurgicale	LECENE.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	N...
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LOEPER.
Hygiène	Léon BERNARD.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MENETRIER.
Pathologie expérimentale et comparée	RATHERY.
Clinique médicale	CARNOT. BEZANÇON. ACHARD. WIDAL.
Hygiène et clinique de la première enfance	MARFAN.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	JEANSELME.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	TESSIER.
Clinique chirurgicale	DELBET. HARTMANN. LEJARS. GOSSET.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	LEGUEU.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE. BRINDEAU. JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale	DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Professeur sans chaire	BRANCA.

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.	
ABRAMI . . .	Pathologie médicale.
AUBERTIN . .	Pathologie médicale.
BASSET . . .	Pathologie chirurgicale.
BAUDOUIN . .	Pathologie médicale.
BINET	Physiologie.
BLANCHETIÈRE . . .	Chimie biologique.
BROCQ	Pathologie chirurgicale.
BRULÉ	Pathologie médicale.
CADENAT . .	Pathologie chirurgicale.
CHABROL . .	Pathologie médicale.
CHAMPY . . .	Histologie.
CHIRAY . . } CLERC . . . }	Pathologie médicale.
DEBRÉ	Hygiène.
I. de JONG . .	Anatomie pathologique
DOGNON . . .	Physique.
DONZELOT . .	Pathologie médicale.
DUVOIR . . .	Médecine légale.
ECALLE . . .	Obstétrique.
FIESSINGER .	Pathologie médicale.
GARNIER. . .	Pathologie expérimentle.
GATELLIER .	Pathologie chirurgicale.
HARVIER. . .	Pathologie médicale.
HEITZ-BOYER	Urologie.

M	
HOVELACQUE	Anatomie.
HUTINEL. . .	Pathologie médicale
JOYEUX . . .	Parasitologie.
LABBÉ(Henri).	Chimie biologique.
LARDENNOIS.	Pathologie chirurgicale.
LEMAITRE. .	Oto-rhino-laryngologie
LEVY-SOLAL.	Obstétrique.
LHERMITTE .	Pathologie mentale.
LIAN.	Pathologie médicale.
MATHIEU . .	Pathologie chirurgicale.
METZGER. . .	Obstétrique.
MONDOR . . .	Pathologie chirurgicale
MOURE	Pathologie chirurgicale
MULON. . . .	Histologie.
PHILIBERT. .	Bactériologie
QUENU	Pathologie chirurgicale
RICHET Fils .	Physiologie.
SÉZARY. . . .	Dermatologie et syphiligraphie.
VALLERY-RADOT (Pasteur)	Pathologie médicale.
VAUDESCAL .	Obstétrique.
VELTER . . .	Ophtalmologie.
VERNE	Histologie.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.	
GOUGEROT. .	Pathologie médicale.
GUÉNIOT. . .	Obstétrique.

MM.	
REFTERER. .	Histologie.
TANON	Pathologie médicale.

IV .— AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE

à titre permanent

MM.		MM.	
ALGLAVE AUVRAY CHEVASSU	Clinique chirurgicale.	LÉRI	Clinique médicale.
LAIGNEL-LAVASTINE	Clinique médicale.	MOCQUOT PROUST SCHWARTZ	Clinique chirurgicale.
LE LORIER	Clinique obstétricale.	VILLARET	Clinique médicale.
LERREBOULLET	Clinique médicale infantile.		

V. — CHARGÉS DE COURS

MM. MAUCLAIRE, agrégé	Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes-adultes.
FREY	Stomatologie.
CHAILLEY-BERT	Education physique.
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

Bien faible témoignage de reconnaissance pour les sacrifices qu'ils se sont imposés afin de nous permettre de faire nos études médicales.

A MA FEMME ET A MA FILLE

MEIS ET AMICIS

A TOUS NOS MAITRES

A Monsieur le Docteur PRIEUR

Ancien Directeur de l'Ecole de Médecine de Besançon
Professeur d'Histologie à l'Ecole de Médecine de Besançon

(In Memoriam)

A Monsieur le Docteur ROLAND

Professeur de Clinique médicale à l'Ecole de Médecine de Besançon
Médecin Chef de l'Hôpital

(In Memoriam)

A Monsieur le Docteur HEITZ

Professeur de Clinique chirurgicale à l'Ecole de Médecine de Besançon
Chirurgien en Chef de l'Hôpital

(In Memoriam)

A Monsieur MORIN

Docteur en Pharmacie
Professeur de Chimie biologique à l'Ecole de Médecine de Besançon

(In Memoriam)

A NOTRE PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR J.-L. FAURE

Professeur de Clinique gynécologique
Membre de l'Académie de Médecine
Commandeur de la Légion d'honneur

Avec nos remerciements pour l'honneur qu'il nous a fait en acceptant de présider notre thèse.

A Monsieur le Docteur M. CHATON

Membre correspondant de la Société de Chirurgie
Professeur de Clinique chirurgicale à l'Ecole de Médecine de Besançon
Chirurgien en Chef de l'Hôpital

A Monsieur le Docteur MANDEREAU

Professeur d'Anatomie à l'Ecole de Médecine de Besançon

A Monsieur le Docteur BAIGUE

Professeur d'Obstétrique à l'Ecole de Médecine de Besançon
Accoucheur de la Maternité

A Monsieur le Docteur BAUFLE

Professeur de Pathologie interne à l'Ecole de Médecine de Besançon
Médecin de l'Hôpital St-Jacques

AVANT-PROPOS

« *Reddite ergo quid est Cæsaris Cesari et Dei Deo* ».

(Evangile du XXII[e] dim. après la Pentecôte).

Arrivé au terme de nos études médicales nous serions bien ingrat de ne point reporter le mérite du peu que nous savons sur ceux qui nous l'ont enseigné. Nous gardons à tous nos maîtres une vive reconnaissance, mais elle va particulièrement à nos premiers maîtres de l'Ecole de Médecine de Besançon où nous avons fait nos premières années d'étude dans le calme des écoles préparatoires de province où le petit nombre d'étudiants permet au maître d'initier en particulier chaque élève. Et parmi ceux-ci encore, en est-il quelques-uns que nous tenons à remercier d'une façon toute particulière parce que nous leur devons plus. Ce sont : M. le D[r] Mandereau, professeur d'anatomie à l'Ecole de Médecine de Besançon dont nous avons encore en mémoire les claires leçons. M. le D[r] Baufle, professeur de pathologie interne à l'Ecole de Médecine de Besançon, médecin de l'hôpital Saint-Jacques, dans le ser-

vice de qui nous avons fait de longs stages et qui nous harcelait de sa paternelle ironie. M. le Dr Baigue, professeur d'obstétrique à l'Ecole de Médecine de Besançon, accoucheur en chef de la Maternité Berger qui nous a initié à l'art des accouchements, et qui souvent a calmé nos inquiétudes de futur père pessimiste. M. le Dr. Chaton, professeur de clinique chirurgicale à l'Ecole de Médecine de Besançon, chirurgien en chef de l'hôpital Saint-Jacques, qui nous a suivi paternellement au cours de nos études, nous a accueilli à sa clinique privée et sur les conseils de qui nous avons fait ce travail. Nous nous excusons auprès de lui de toutes les imperfections qu'il contient.

Qu'ils trouvent ici l'expression de notre reconnaissance.

INTRODUCTION

« C'est lâcheté trop déplorable de s'arrêter à l'invention des premiers en les imitant seulement à la façon des paresseux sans rien ajouter et accroître à l'héritage qu'ils nous ont laissé. »

A. Paré.

La grossesse extra-utérine, qu'elle aille jusqu'à terme ou qu'elle soit précocement interrompue par une hémorragie mortelle, ne pouvait passer inaperçue des médecins de l'antiquité et de la renaissance « mais ni les uns ni les autres n'ont compris à ce mystère jusqu'à ce que de Graaf en ait fait une meilleure application et qu'il ait eu recours à cette observation, la même pour éclaicir et confirmer en même temps l'hypothèse de Kerkringius » (Smellie). Mais ce n'est qu'au siècle dernier que les formes susceptibles de guérison ou de pseudo-guérison qui nous intéressent furent signalées pour la première fois par Récamier en 1831. Bien étudiées cliniquement pour la forme rétro-utérine la plus fréquente par Nélaton (dans la thèse de son élève Viguès en 1850) dans ses cliniques en 1851. Rapportées à leur cause véritable dans une observation de Fénerly (1855) la fréquence de

cette étiologie ne fut admise qu'après les travaux de Lawson-Tait (1885-1890). Depuis cette date de multiples travaux ont été publiés sur ce sujet, sur ses symptômes, sur le mécanisme de la rupture, sur l'hémorragie et sur son traitement. Ayant observé avec notre maître le Dr Chaton tant dans son service de l'hôpital Saint-Jacques qu'à sa clinique un certain nombre d'hématomes non classiques, nous nous sommes proposé de reprendre les travaux faits sur la topographie de l'hématome consécutif aux hémorragies compliquant l'évolution de la grossesse extra-utérine. D'en étudier les différentes variétés, d'en rechercher les causes, et si possible les signes cliniques permettant de les dépister quand il s'agissait de variétés peu fréquentes susceptibles de faire errer le diagnostic par la présence de manifestations inattendues dans la rupture tubaire. Nous avons trouvé au cours de nos recherches bibliographiques la relation d'un certain nombre de cas (Bellacombe, Bar et Mercier, Ralli) de caillots volumineux laissés à l'intervention et retrouvés à l'autopsie en particulier dans la gouttière pariéto-colique droite, ce qui nous a fait penser qu'il ne serait peut-être pas inutile d'attirer l'attention sur ces variétés d'épanchements plus fréquentes si on les recherche systématiquement que leur numération dans la littérature médicale ne le ferait soupçonner. Nous n'avons pas fait de place à l'inondation péritonéale qui est une hémorragie ne s'arrêtant qu'avec l'intervention d'urgence ou la mort et non un hématome, et par ce fait ne rentrait pas dans le cadre de notre travail.

OBSERVATIONS

Hématome rétro-utérin

(hématocèle rétro-utérine de Nélaton)

« Les hypothèses passent, l'observation reste ».

BICHAT.

Obs. 1 *(inédite).* — Mme C... D..., 33 ans. Entrée à la clinique du Dr Chaton le 13 juillet 1926 pour grossesse tubaire rompue. Retard de règle de 1 mois. Pertes brunâtres et syncopes répétées depuis cinq jours. Il y a trois jours état syncopal alarmant l'entourage, douleurs abdominales motivant l'appel du médecin. A l'arrivée culs-de-sac souples, douglas douloureux. Col antéporté, utérus gros et dur. Pas de signes d'épanchement intra-péritonéal.

Laparotomie médiane sous-ombilicale. Sang noir et caillots remplissant le petit bassin. Trompe gauche gravide de deux mois. Appendice adhérent à l'epiploon enlevé par le procédé de la colerette. Toilette du péritoine, drain, suture en trois plans, suites opératoires apyrétiques. Sortie le 30 juillet.

Obs. 2 (*inédite*). — Mme R..., 31 ans.

Entrée à la clinique du Dr Chaton le 12 octobre 1921 pour pertes sanguines depuis 1 mois.

Nullipare. A la suite d'un retard de règles de cinq jours la malade eut de légères pertes rosées accompagnées de douleurs abdominales prédominantes à droite. T° 38°4 ; ces pertes persistant la malade est adressée à la clinique aux fins d'examen et décision.

Utérus un peu gros, dur, antéversé. Col dur. En arrière de l'utérus masse dépressible à la limite du vagin. Plus de douleur actuellement.

Laparotomie médiane sous-ombilicale, un peu de sang entre les anses intestinales. Caillots abondants remplissant le douglas. On trouve parmi eux la trompe droite rompue. Placenta mou encore adhérent à elle. Trompe gauche augmentée de volume, tortueuse, remplie de sang, laissée en place. Ether. Drainage. Suture en trois plans. Guérison.

Obs. 3 (*inédite*). — Mme R..., 33 ans, entrée à la clinique le 13 juillet 1925 pour grossesse tubaire rompue.

Début le 20 mai par des pertes sanguines sans douleurs après un retard de règles de quinze jours. Depuis pertes sanguines accompagnées de crises particulièrement douloureuses depuis dix jours. Utérus gros, antéversé, col très en arrière. Les culs-de-sac postérieur et droit sont occupés par une grosse masse rénitente et douloureuse. Pas de fièvre ; malade très pâle.

Opération le 14. Laparotomie médiane sous-ombilicale, un peu de sang entre les anses intestinales. Cail-

lots plein le douglas. Kyste fœtal du volume du point développé dans la trompe droite. L'appendice adhérent par son extrémité à la trompe gravide est enlevé par le procédé de la colerette. Ether. Drain. Suture en trois plans. Dix minutes après l'opération, sur la table même il est frappant de constater un état de recoloration de la malade. Guérison.

Obs. 4 (*inédite*). — Mme B..., 37 ans. Entre à l'hôpital St-Jacques. Pavillon Percy le 26 août 1921 pour grossesse extra-utérine. 11 enfants auparavant. Règles d'ordinaire très régulières durant 4 jours. Le 8 mars 1921, jour où elle attendait ses règles, pertes sanguines cessant le soir même. Douleurs abdominales vives mais non localisées. La malade se met au lit. Les douleurs ont persisté variables dans leur intensité, mais les règles n'ont pas réapparu depuis. La malade se plaint d'hémorroïdes survenues depuis le début de sa maladie et de mictions douloureuses.

A l'entrée, on trouve à la palpation une masse dure, à contours mal limités, remontant à deux travers de doigt au-dessous de l'ombilic occupant les deux fosses iliaques. Mate à la percussion.

Toucher : col dur très reporté en avant ;

C. S. D. effacé ;

C. S. G. un peu plus prononcé.

Douglas occupé par une masse dure. Les mouvements provoqués par la main abdominale sont transmis au col.

Le corps de l'utérus est impossible à délimiter.

Toucher rectal : Confirme l'existence d'une volumineuse tuméfaction occupant le cul-de-sac de douglas.

Opération : Laparotomie médiane sous-ombilicale. On trouve une petite quantité de sang libre dans la cavité abdominale. Diaphragme pathologique obturant le bassin et constitué par des adhérences multiples entre les anses grêles, le colon iliо-pelvien, l'utérus et les annexes. Ponction exploratrice donnant issue à un liquide jus de pruneau. Incision exérèse de trois quarts de litre de caillots sanguins au milieu desquels on retrouve un kyste fœtal du volume d'une mandarine. Nettoyage de la poche. Lavage à l'éther. Drainage. Fermeture. Guérison.

L'hématocèle rétro-utérine telle que l'a décrite Nélaton (obs. IV) est devenue beaucoup moins fréquente en raison de la précocité de la plupart des interventions, et ce qu'on trouve d'ordinaire à l'intervention, ce n'est plus la collection poisseuse, de couleur sépia, mêlée de caillots, enfermée sous un diaphragme d'adhérence dans le douglas, mais un amas demi-libre de sang et de caillots remplissant le douglas auquel les caillots sont plus ou moins adhérents, et sans cloisonnement interceptant la communication avec la grande cavité. Ces constatations opératoires devenues nombreuses à la suite des retentissantes communications de Lawson-Tait mirent fin aux discussions pathogéniques sur l'hématocèle rétro-utérine dont foisonnent les revues médicales et les traités de la seconde moitié du siècle dernier.

La localisation rétro-utérine de l'hématome d'origine gravido-tubaire est la plus fréquente et cela se comprend aisément si l'on pense que le sang sortant des vaisseaux à l'état liquide, se collectera suivant la loi de la pesanteur au point déclive de la cavité péritonéale ; et qu'à l'état normal l'ouverture du pavillon de la trompe est précisément postérieure, ce qui, en cas d'avortement tubaire, canalise l'épanchement sanguin dans le cul-de-sac de douglas.

On s'est demandé également pourquoi dans ces cas l'hémorragie s'arrêtait en quelque sorte spontanément, au lieu de continuer jusqu'à l'intervention, jusqu'à la réplétion de l'espace mis à sa disposition ou jusqu'à la mort. Diverses solutions ont été proposées, et nous pensons qu'en la circonstance il faut être éclectique, toutes renfermant une part plus ou moins grande de vérité.

Gauthier, Cestan, Stephani, posaient en principe : avortement tubaire = hématocèle, rupture tubaire = inondation péritonéale. Villette, Vautrin se sont élevés contre cette manière de voir et ont cité des cas d'inondation péritonéale sans rupture. A la vérité il faut avec Villette distinguer des cas d'espèce. L'avortement est d'emblée complet, l'hémorragie sera minime. L'avortement est incomplet, deux éventualités vont se produire, ou l'hémorragie à répétition, constituant un hématome d'un volume moyen ou petit au moment de l'intervention, ou l'inondation péritonéale.

Segond disait : « Petit épanchement dans un péritoine malade grande hémorragie dans une séreuse saine ». Lenormand et Hartmann ne sont point de cet avis et

pensent que l'enkystement sanguin est toujours secondaire. Toujours, est peut-être bien absolu, mais nous pensons qu'il faut considérer comme secondaire tous les cloisonnements trouvés à l'intervention quand celle-ci est tardive. Ce qui représente la presque totalité des cas où des cloisonnements ont été trouvés.

Nous n'insisterons pas sur l'hématome rétro-utérin qui est classique et si nous lui avons fait une place aussi importante, c'est afin de signaler sa fréquence par rapport aux autres formes d'hématomes.

Hématome anté-utérin

Obs. 1 (*inédite*). — M. B... opérée chez elle le 27 octobre 1926 à V... (Hte Saône). Retard des règles de trente jours. Malade anémiée, sans appétit, souffrant depuis un mois de crises abdominales douloureuses. Toucher, utérus déporté à gauche. Pas de sensation nette de tuméfaction dans le cul-de-sac droit, plutôt impression de tension élastique, alors que le docteur Miroudot affirme y avoir nettement senti une tumeur les jours précédents. Douglas souple.

Opération : Laparotomie médiane sous-ombilicale, sang noirâtre et caillots dans le cul-de-sac antérieur, rien dans le Douglas, masse bourgeonnante et vasculaire à droite du volume d'un œuf de poule sortant de la trompe gravide et adhérent à l'S. iliaque et à l'épiploon, ablation des annexes droites, drainage, guérison.

Obs. 2 (*inédite*). — (Due à l'obligeance de M. le Dr Baigue). Il y a quelque 20 ans je fus appelé à examiner en consultation avec le Dr Lanchamp, une femme déjà mère de famille, habitant à Chatillon. Alitée depuis quelques jours déjà et souffrant du ventre, elle présentait une tuméfaction qui s'élevait jusqu'à l'ombilic, occupait exclusivement l'hypogastre et ne s'étendait pas du côté des fosses iliaques, elle était limitée nettement à droite et à gauche par une saillie suivie d'une dénivellation brusque. Elle ne pouvait faire penser à une collection de la cavité de Retzius (diag. proposé par le médecin traitant). Il s'agissait d'une grossesse extra-utérine rompue.

Opération : Laparotomie médiane sous-ombilicale qui donna issue à une grande quantité de caillots et de sang situé dans la cavité péritonéale en avant de l'épiploon adhérent en bas à l'utérus et aux annexes. La trompe gauche reconnue rompue fut réséquée. La femme guérit et fut de nouveau deux ans après opérée pour une grossesse tubaire droite.

Obs. 3 (obs. 6 de Neveux). — Mme K..., 24 ans, coiffeuse, entrée le 23 septembre 1919 à l'hôpital Saint-Antoine pour annexite bilatérale diagnostiquée, double pyo-salpinx.

La laparotomie faite le 25 octobre montre un hématome circonscrit gravido-tubaire en voie d'enkystement dans le cul-de-sac vésico-utérin et sur la face antérieure du ligament large on libère plusieurs anses grêles tapissées de fausses membranes fibrineuses, on

est obligé de faire une hystérectomie parce qu'il s'agit d'une grossesse tubaire à l'insertion de la trompe. Parce qu'il y a une salpingite du côté gauche. parce que l'utérus est tapissé de fausses membranes. Drainage. Suites favorables. Sortie le 9 novembre.

Obs. 4 (obs. 7 de Neveux). — Mme G. sans profession entre le 4 mai 1920 à l'hôpital Saint-Antoine. Début abdominal brusque. Facies anémique et ventre sensible. Le col utérin laisse couler un peu de sang et on sent au toucher derrière la paroi au dessus du pubis, une masse mollasse s'étendant à droite de la ligne médiane avec un utérus augmenté de volume, et repoussé en arrière. Aucun retard de règle selon les dires de la malade.

On pose le diagnostic d'hématome circonscrit gravido-tubaire vésico-utérin. Le pouls est bon, il n'y a aucune indication d'urgence : repos et glace sur le ventre. Les jours suivants les sensations du toucher se modifient. La masse prévésicale droite diminue et disparaît mais on sent nettement une tuméfaction-annexielle gauche collée au bord gauche de l'utérus. Douglas tout à fait libre. La température est montée une fois à 40°. On fait la laparotomie transversale le 15 mai au 20e jour. Aucune adhérence épiplo-intestinale. Il y a une masse de caillots autour des annexes gauches de la grosseur d'une orange. Et surtout en avant du ligament large, et de la face antérieure de l'utérus qui est rétroversé mais parfaitement libre. Le péritoine anté-utérin a déjà réagi, il y a des dépôts de fibrine qui se

détachent assez facilement. Ablation des annexes gauches où l'on trouve un hématome ampullaire du volume d'une prune et une perforation de la dimension d'une pièce de 20 centimes. La cavité de l'œuf décollé est reconnaissable, au centre du caillot on ne trouve pas d'embryon. En résumé hématome intra et extra-tubaire avec pavillon fermé. Drainage parce que le fond de l'utérus est saignant. Suite normale, sortie le 20 juin 1920.

Obs. 5 (obs. 1 de Stephani). — Mlle R., 30 ans, a ses règles le 15 août 1919 : cinq jours après vive douleur de la fosse iliaque gauche nécessitant l'alitement, atténuation progressive mais les règles continuent. Trois jours après nouvelle crise douloureuse semblable nécessitant le séjour au lit pendant 1 mois ; cependant l'hémorragie continue et le médecin constate un jour au milieu des caillots une véritable membrane. Entre temps plusieurs exaspérations douloureuses avec vomissement, irradiations dans tout l'abdomen, dysurie pénible, constipation.

Examen (20 septembre) : Col entr'ouvert, ramolli, porté en arrière. Douglas libre, aplati par l'utérus déplacé d'avant en arrière. Le cul-de-sac antérieur bombe légèrement. Le doigt perçoit à travers une masse rénittente douloureuse qui siège entre la vessie et l'utérus le cul-de-sac gauche est occupé par une masse de même caractère que la main abdominale délimite nettement. Limite supérieure sur la ligne bi-épineuse, limite interne au contact de la ligne verticale médiane. Dans la fosse iliaque droite troisième de même nature, moins volu-

mineuse dépassant de 1 centimètre l'arcade de Fallope. A la palpation ces masses sont très sensibles, et semblent en continuité (pseudo-flot de l'une à l'autre) diagnostic non douteux.

Intervention (27 septembre) : Petit bassin rempli de caillots anciens et récents, enlevés à pleines mains ; on évacue une cavité tomenteuse constituée en avant par la vessie, en arrière par la face antérieure de l'utérus et des ligaments larges. A gauche les annexes en saillie antérieure. En haut l'épiploon infiltré de sang leur adhère très solidement ainsi qu'au fond de l'utérus. On libère des adhérences, on résèque après ligature quelques centimètres d'épiploon adhérent aux annexes gauches. Pour terminer leur excision, douglas normal, vide, entièrement libre. L'utérus et les annexes droites sains sont respectés. Drain, suture, suites parfaites.

L'hématome anté-utérin se produira toutes les fois que dans le cas d'épanchement de petit ou de moyenne abondance, le cul-de-sac vésico-utérin sera devenu pour une raison quelconque le point déclive de la cavité péritonéale. Les auteurs classiques n'invoquent que l'oblitération du douglas par des adhérences antérieures à la rupture tubaire. Cette théorie est loin d'expliquer tout les faits et nous pensons que si le mécanisme d'action est le même dans tous les cas, les lésions peuvent être très différentes. L'épanchement se produisant dans la grande cavité péritonéale libre, l'hématome peut être anté-utérin parce que l'utérus rétroversé, mais libre de toute adhérence, oblitère le douglas (obs. IV), la rétro-

flexion, le premier degré de prolapsus (l'axe de l'utérus se confondant avec celui du vagin), peuvent opérer de même.

La position de la malade, soit position professionnelle habituelle (lavandières, cireuses de parquet), si l'accident se produit pendant le travail, soit position couchée, l'utérus fermant l'entrée du douglas du fait de la pesanteur. L'état de réplétion ou de vacuité de la vessie et du rectum au moment de la rupture ainsi que la situation anatomique de celle ci ont aussi leur importance.

Dans un deuxième ordre de faits la rupture se produit dans une cavité péritonéale cloisonnée (obs. I,II et V), le siège de l'hématome dépend alors uniquement de la situation anatomique de la rupture, l'hémorragie remplissant une cavité existant virtuellement auparavant et dans laquelle l'hématome s'organise.

Hématome pelvi-pariéto-colique gauche

Obs. 1 (*Inédite*). — Mme P..., entre à la clinique le 18 juillet 1924 pour grossesse extra-utérine rompue. Retard de règle de six semaines. Début le 13 dans l'après-midi au cours d'une promenade. Violente douleur dans le bas-ventre, état syncopal. Mêmes accidents répétés dans la nuit du 16 au 17 juillet et état syncopal au lit. Nouvelles crises douloureuses dans la nuit du 17 au 18 et apparition de pertes sanguines. Au toucher col un peu ramolli, utérus gros mais dur, reporté à droite, cul-de-sac latéral gauche effacé. Palper, fosse

iliaque gauche sensible, sensation de vague empâtement et de rénitence. Percussion : Matité fixe à gauche, déplaçable dans le flanc droit.

Opération le 18 : Laparotomie médiane sous-ombilicale sang en très petite quantité dans l'abdomen, caillots remplissant le petit bassin, sang noirâtre venant en abondance de la gouttière pariéto-colique gauche, ablation de la trompe gauche gravide, ovaire sain laissé en place, annexes droites saines. Ether. Drain. Fermeture. Guérison.

Obs. 2 (*Chaton*). — (*Presse Médicale*, 1924, n° 56). Le 23 janvier 1923, nous étions demandé par M. Jaillet (d'Arbois) auprès d'une dame C... Célestine, âgée de 37 ans.

Le 21 elle avait été prise d'une douleur subite dans e ventre avec prédominance droite, croyait-elle se souvenir. Le jour même s'était développé un état péritonéal incomplet avec ventre ballonné et sensible qui le lendemain semblait s'être amélioré. Le 23 une aggravation survenait, des vomissements apparaissaient, le ventre se ballonnant davantage le pouls s'accélérait à 100. La température s'élevant à 38°.

Au moment de notre examen elle présentait un facies péritonéal avec yeux excavés. Le pouls était à 110 bien frappé. La température à 38°. Le ventre uniformément ballonné était partout sonore et douloureux, mais plus particulièrement dans la fosse iliaque droite et au creux épigastrique. La malade avait été réglée jusqu'en décembre 22. Ses dernières règles avaient manqué et bien

qu'elle fut mariée depuis quinze ans n'ayant pas présenté de grossesse jusqu'alors, pensant à la possibilité d'une grossesse extra-utérine rompue nous pratiquons l'examen génital. Celui-ci nous révèle l'existence d'un col de nullipare dur, petit, fermé. Le corps utérin ne peut être perçu à cause du ballonnement et de la sensibilité abdominale. Le cul-de-sac postérieur paraissait amplifié, mais il était insensible, dépressible, comme on l'observe dans certains cas de météorisme avec anses intestinales prolabées dans le douglas. Aucun écoulement vaginal ne s'était produit.

Par contre il existait chez cette malade un passé gastrique chronique à allure ulcéreuse des plus nets. Elle présentait depuis des années de mauvaises digestions, par période, elle avait des crises douloureuses épigastriques en broche, à début tardif, accompagnées de vomissements.

En raison de l'absence de tout syndrome utérin précis, du résultat non concluant de l'examen génital, de l'absence de tout état gravidique dans le cours d'un passé matrimonial déjà long et au contraire en présence d'un passé gastrique net et du maximum de la douleur provoquée au creux épigastrique nous portions le diagnostic d'ulcus gastrique perforé et nous faisions transporter d'urgence la malade à notre clinique en vue d'une opération.

L'intervention eut lieu le 23 janvier à son arrivée. Notre confrère Jaillet étant chargé de l'anesthésie, elle fut réalisée avec l'aide de M. Volmat, chef de clinique chirurgicale de l'école.

Nous pratiquons d'abord une laparotomie épigastrique. Dans la région découverte nous ne découvrons la présence ni de gaz, ni de sang, ni de liquides suspects. L'estomac est très distendu mais de couleur et d'aspect normal. Le côlon transverse ballonné fait saillie entre les lèvres de la plaie. En ce moment pensant à la possibilité d'une pancréatite hémorragique et voulant voir à la fois ce qui se passait dans l'arrière cavité des épiploons et dans la partie haute de l'estomac, nous déprimons avec la main cet organe qui tendait à s'éviscérer, afin de l'explorer plus complètement en même temps que la région du petit épiploon.

Dans cette manœuvre, un flot de sang noirâtre vient de la partie gauche de l'abdomen et inonde toute la région. Après assèchement la répétition de la même manœuvre reproduit les mêmes incidents.

Nous plaçons une valve à gauche de la plaie et laissons s'écouler en abondance le sang que nous épongeons et nous vérifions l'intégrité de la rate. A ce moment l'idée d'une hémorragie à point de départ du côté du petit bassin et canalisée dans la gouttière pariéto-colique gauche jusque dans la région splénique vient à notre esprit et nous souvenant du retard de règle anormal signalé par la malade nous pensons nous trouver en présence d'une rupture de grossesse extra-utérine de sympomatologie fruste.

L'incision épigastrique fermée nous pratiquons rapidement une laparotomie sous-ombilicale qui nous permet de faire les constatations suivantes : le côlon pelvien à long méso (gonflé de gaz) arrive à la paroi. Au-

dessus de lui il n'y a pas de sang, au-dessous le petit bassin est complètement rempli de caillots noirâtres. Ceux-ci enlevés, on trouve la trompe droite dans sa portion isthmique presque sectionnée au niveau d'un petit kyste fœtal rompu du volume d'une noix. L'utérus est petit et dur. La trompe gauche est saine. Les ovaires aussi.

On enlève la trompe droite seulement, puis les derniers caillots restants dans le douglas, pendant cette manœuvre du sang noirâtre s'écoule en abondance de la seule gouttière pariétocolique gauche.

Après avoir présenté des vomissements pendant plusieurs jours après l'opération, la malade évolue sans incidents vers la guérison et sort de la clinique le 10 février.

Obs. 3. (*Chaton, P. M.*, 1924, n° 56). — Le 7 juin 1923, nous étions demandé d'urgence en montagne auprès d'une dame C... de St A. par M. Bouveret (de Pontarlier) et M. Charlin (de Jougue) chez laquelle nos confrères avaient porté le diagnostic de grossesse extra-utérine rompue.

Cette malade qui présentait un retard de règle de deux mois avait été prise le 5 juin à cinq heures du matin d'une douleur vive dans le ventre, suivie d'un état syncopal et accompagnée de pertes sanguines, M. Charlin qui vit le premier la malade avait constaté un empâtement du cul-de-sac latéral droit, fait placer de la glace sur l'abdomen et ordonné une injection de sérum. Le 6 état nettement meilleur. Le 7 au matin à

la suite d'un effort pour aller à la selle, cette malade présentait de nouveau une douleur abdominale vive suivie d'état syncopal. M. Charlin demande alors en consultation M. Bouveret (de Pontarlier) et nos deux confrères se mettent rapidement d'accord sur le diagnostic de grossesse tubaire rompue et nous appellent par téléphone au début de l'après-midi.

Nous arrivons vers la malade à 5 heures du soir, son teint est pâle, son pouls est à 130, mais ses muqueuses ne sont pas complètement décolorées. Par la percussion nous explorons attentivement l'abdomen météorisé et nous notons l'existence d'une matité fixe sus-pubienne, s'étendant du côté de la fosse iliaque et du flanc gauche, contrastant avec la sonorité que l'on rencontrait partout ailleurs. Au toucher le col utérin est mou, le corps de l'organe est gros, le douglas est occupé par une masse molle dépressible. Le cul-de-sac latéral droit est élargi et de résistance plus grande que le gauche. Nous intervenons de suite au domicile même de la malade. Nous pratiquons une incision de laparotomie sous-ombilicale médiane. Nous ouvrons le péritoine prudemment dans la partie haute de l'incision. Il n'y a pas de sang dans cette partie haute de l'abdomen. Nous pratiquons aux ciseaux l'incision du péritoine du côté de la symphyse. Au-dessous d'une anse oméga à long méso, remplie de gaz et venue à la paroi à la façon d'un flotteur, nous trouvons dans le petit bassin du sang en abondance venant de la fosse iliaque gauche et de la gouttière pariétocolique de ce côté. La totalité du sang liquide et en caillots est évaluée à environ 1 litre.

Nous trouvons dans la trompe gravide l'œuf complètement détaché. Il contient un petit fœtus du volume d'un haricot. Les suites opératoires sont normales.

Dans cette variété d'hématome consécutif à une hémorragie au péritoine libre, trois faits attirent l'attention. Le météorisme, la longueur du méso de l'anse oméga, la matité fixe du flanc gauche. « La première, le contenu gazeux de l'intestin allège cet organe et le fait s'amplifier et s'élever à la façon d'un véritable flotteur dans un liquide qui est ici le sang épanché dans le petit bassin. La seconde condition, la laxité du méso permet à cet intestin de se porter jusqu'au contact de la paroi pour constituer une cloison étanche qui protège contre l'irruption sanguine du reste de la cavité abdominale » (Chaton). Enfin la matité fixe du flanc gauche et de la région sus-pubienne, extériorisation de la topographie de l'épanchement ; qui a pu faire errer le diagnostic, pourra être dans certains cas un élément important du diagnostic d'un hématome d'origine gravido-tubaire.

Hématome pelvipariéto-colique droit

Obs. 1 (*Inédite*). — Mme R..., 25 ans, de P..., entre à la clinique le 28 mars 1926 à minuit pour grossesse tubaire rompue. Début dans l'après-midi vers six heures par douleur violente dans le ventre avec état syncopal. Les dernières règles régulières remontent à 2 mois 1/2.

Il y a un mois la malade avait présenté une crise abdominale douloureuse avec pertes sanguines.

A l'entrée : Pâleur marquée, pouls à 130. Temp. 38°8. Empâtement douloureux du cul-de-sac latéral droit. Matité suspubienne s'étendant au flanc droit où elle se confond avec la matité hépatique. Cette matité augmente lorsque la malade se penche de ce côté.

Opération : Laparotomie médiane sous-ombilicale, pas de sang dans les anses grêles, caillots remplissant le petit bassin, grosse trompe droite gravide du volume du poing, avortement tubaire. Un fœtus de 7 cm. est trouvé dans les caillots. Ablation des annexes de ce côté. A gauche lésions de salpingo-ovarite. Au voisinage du ligament large, collection liquide du volume d'une orange à contenu liquide noirâtre très adhérente à l'S iliaque. Ablation trompe et ovaire gauche laissés en place. A ce moment de l'opération un flot de sang sort par pression épigastrique de la gouttière pariéto-colique droite et vient se collecter dans le douglas, on en retire environ 1 litre. Ether. Drain. Fermeture, glace sur le ventre, retour à la température normale en 9 jours. Guérison.

Obs. 2 (Fesq, grossesse extra-utérine double, prise pour appendicite). — Mme C..., 26 ans. Pas d'antécédents, le 21 octobre 1910, violentes douleurs dans le flanc droit et vomissements. Le médecin appelé fait le diagnostic d'appendicite aiguë et met la malade à la glace et à la diète. Les phénomènes douloureux augmentent et l'état général devenant de plus en plus mau-

vais la malade entre à la maison Dubois le 21 octobre.

A son entrée elle se plaint de douleurs siégeant dans le flanc droit survenant par crises et s'accompagnant de vomissements. La palpation montre une contracture des deux muscles droits donnant la sensation de ventre de bois.

Dans la fosse iliaque droite la percussion légère révèle une zone de matité étendue de la région sous-hépatique à la cavité pelvienne ne dépassant pas la ligne médiane. La palpation très douloureuse ne permet pas de délimiter ce plastron à la main, la douleur étant surtout développée dans la fosse iliaque droite. Le toucher vaginal ne révèle rien, l'état général est mauvais : nez pincé, yeux excavés, langue sèche, urines plus abondantes, constipation absolue ; la température est de 38°, le pouls de 100 pulsations. Le diagnostic d'appendicite est porté. Les jours suivants la température tombe à 37. La douleur diminue, la langue devient humide et l'état général meilleur.

Le 27, la malade présente un ictère intense sans température ni phénomènes hépatiques. Le plastron de la fosse iliaque droite maintenant plus facile à délimiter est toujours aussi étendu et aussi dur. Cet état se continue jusqu'au 31 novembre, où on commence l'huile de ricin et les lavements d'huile. Le 6 on supprime la glace.

Le 10 de nouvelles douleurs sourdes dans le flanc droit, pas de température, ces phénomènes subaigus s'apaisent sous l'influence de la glace.

Le 14 novembre au soir la malade ressent de violentes douleurs dans le flanc gauche, se généralisant à

toute la cavité pelvienne et survenant sous forme de coliques espacées. L'interne de M. Séguinot apprend que la malade cachait un retard de règle de 3 mois. L'examen montre en effet des signes sympathiques de grossesse du côté des seins. La palpation abdominale ne révèle aucun changement dans le plastron de la fosse iliaque droite mais la palpation de la cavité pelvienne est très douloureuse.

Le toucher vaginal montre un cul-de-sac rempli et un utérus légèrement augmenté de volume. Le diagnostic de rupture de grossesse tubaire est porté. Pas de schock, T° à 37°, pouls 120. Le lendemain M. Launay voit la malade, l'état est mauvais, facies anxieux, lèvres décolorées, T° 36.7, pouls 140. Au toucher on sent le col plaqué contre la symphyse et une collection rénitente dans le douglas.

En présence de l'appendicite l'opération rendue nécessaire par la continuation de l'hémorragie tubaire se présentait dans des conditions délicates. M. Launay décide de commencer par la laparotomie médiane et de s'en rapporter à ce qu'on trouvera. On tombe sur un utérus gros et une poche gauche limitée par l'intestin, l'épiploon et des adhérences. Elle est remplie de caillots au milieu desquels on trouve un fœtus de 13 cm. En recherchant les annexes droites M. Launay tombe sur une poche enkystée remontant dans la région sous-hépatique derrière le côlon et le cæcum et remplie de caillots plus anciens qu'à gauche. Au milieu d'eux il retire à la grande surprise de tous deux fœtus de 12 cm. On ne cherche pas l'appendice au milieu des adhérences mul-

tiples de l'intestin. La trompe gauche est rompue à la partie moyenne et saigne encore, la droite près de l'utérus. Ablation des annexes, hystérectomie. Guérison.

L'hématome pelvipariéto-colique droit isolé, nous semble nécessiter la présence d'adhérences antérieures empêchant la production de l'hématome gauche lequel se produira tout naturellement guidé par la disposition anatomique normale des côlons pelviens et sigmoïde s'ils sont météorisés et pourvus d'un long méso. Si dans l'observation de Fesq on ne peut arguer des adhérences dont la plupart se sont produites après la première rupture. Dans notre observation, où l'opération a suivi à bref délai la rupture leur formation antérieure est indéniable. Dans ce cas l'épanchement remplissant le petit bassin, bloqué à gauche par des adhérences, au-dessus par le méso-sigmoïde et le fond du cæcum envahit la gouttière pariéto-colique droite seule libre. Dans les cas où les signes péritonéaux locaux dominent la scène, l'erreur est presque fatale si on pense avec quelle facilité le diagnostic d'appendicite est porté. Dans les thèses consacrées à l'étude de la confusion de la grossesse tubaire et de l'appendicite nous avons trouvé fréquemment signalée de la matité du flanc droit, mais on ne précise pas si elle était fixe. Et les protocoles opératoires sont presque tous muets sur la présence de sang dans la gouttière pariéto-colique droite.

Hématome pelvi bi-pariéto-colique ou en lyre

Obs. 1 *(inédite).* — Mme R..., 37 ans, entre le 22 juillet 1925 à l'hôpital de Villersexel pour métrorrhagies ayant débuté un mois auparavant avec douleurs abdominales violentes après un retard de règle de 2 mois. Depuis état douloureux constant du ventre. A l'entrée : Teint jaune pâle, pouls à 120, pas de fièvre. Au toucher les culs-de-sac latéraux sont suspects. Le corps utérin est contre la symphyse, rien dans le douglas. A la percussion : Matité fixe sus-pubienne de 3 travers de doigts s'étendant aux fosses iliaques et aux flancs des deux côtés, mais remontant plus haut à gauche qu'à droite.

Opération : Laparotomie médiane sous-ombilicale. A l'incision des derniers centimètres de la partie basse du péritoine s'échappe un flot de sang noirâtre évalué à deux litres. Pas de sang au milieu des anses grêles. Le sang occupe le petit bassin et revient des gouttières pariéto-coliques droite et surtout gauche. Ablation de l'ovaire gauche kystique et de la trompe gravide et adhérente à l'S iliaque, puis de la trompe droite présentant une torsion en oméga. Ovaire droit laissé en place, utérus petit. Ether. Drain. Fermeture. Guérison.

Obs. 2 *(inédite).* — Mme B..., 26 ans, entre le 2 février 1927 dans la soirée à la clinique pour rupture de grossesse tubaire. Début dans l'après-midi vers trois heures, par douleurs violentes dans le ventre ayant provoqué une syncope. Dernières règles 4 décembre. Règles de

janvier insignifiant ; 3. Pâleur frappante du visage, pouls imperceptible, bourdonnements d'oreilles. Violente douleur dans le ventre, au toucher l'utérus paraît immobilisé. Cul-de-sac de douglas empâté très sensible au toucher. A la percussion pas de matité hypogastrique mais matité fixe dans les deux flancs.

Opération : Laparotomie médiane sous-ombilicale. Pas de sang sur la ligne médiane, gros caillots en arrière de l'utérus. Caillots et sang emplissant les gouttières pariéto-coliques droite et gauche, utérus peu volumineux, trompe droite rompue dans sa portion isthmique, ablation. Toilette du péritoine. Ether. Drain. Fermeture de la paroi avec plan musculo-aponévrotique à la soie. Guérison.

Dans cette variété l'épanchement sanguin étant toujours d'une grande abondance, les signes généraux d'hémorragie, dominent la scène et sont très marqués dans nos deux observations. Il semble que dans ce cas l'épanchement se répartisse dans les deux gouttières pariéto-coliques comme dans une sorte de tube à niveau. Au début de l'hémorragie, orienté par la disposition du méso-sigmoïde, le sang est canalisé dans la direction de la gouttière pariéto-colique gauche, l'hémorragie continuant, le sang bloqué en haut par le méso-sigmoïde et son côlon, par le fond du cæcum, gêné dans la progression dans la gouttière pariéto-colique gauche par les caillots formés aux dépens du sang primitivement épanché s'oriente du côté de la gouttière pariéto-colique droite.

Hématome péri-tubaire

Obs. I (*Personnelle*). — Le 30 mai dernier faisant un remplacement à Pontarlier nous voyons entrer marchant péniblement, pliée en deux par la douleur Mme B.... 27 ans, dame employée des postes qui vient nous consulter pour salpingite. C'est une mère de famille jusqu'à ces derniers temps bien réglée et n'ayant eu que des accouchements rigoureusement physiologiques. Ses malheurs ont commencé en avril dernier, passant une quinzaine de jours de vacances à Paris elle attendait ses règles et ne les vit pas, le soir du départ elle est prise d'une violente douleur siégeant très bas à droite dans le ventre, avec syncope. Revenue à elle, elle se fait transporter ainsi à la gare et revient en cet état. Le lendemain en arrivant elle constate que son linge est taché de pertes brunâtres. Les douleurs s'atténuèrent et elle reprit son travail, mais ressentit de temps à autre des douleurs abdominales et se mit à vomir assez fréquemment.

Le 26 mai accident identique à celui survenu à Paris. Un médecin appelé fait le diagnostic de salpingite. Les troubles se calment assez rapidement au point que le dimanche 28 mai la malade part à la campagne. La journée est assez pénible, et le lundi matin en rentrant la malade ressent pour la troisième fois cette violente douleur qui l'amène à nous consulter.

Le visage exprime une vive souffrance, mais n'est point pâle. Pouls : 108; au palper, abdomen douloureux dans toute son étendue, défense musculaire à

droite, pas de matité. Au toucher l'utérus est mobilisable. Le douglas est occupé et extrêmement douloureux. Les doigts reviennent souillés de pertes brunâtres et grumeleuses. Nous pensons à une rupture de grossesse tubaire et demandons une consultation avec un chirurgien. Rendez-vous fut pris avec le Dr Bouveret (de Pontarlier) pour le soir. Nous sommes d'accord pour le diagnostic mais afin d'éliminer complètement le diagnostic antérieurement émis, la malade est mise 48 heures en observation avec alimentation légère, et glace sur le ventre. A l'examen répété deux jours après l'abdomen est souple et indolore. A droite il n'y a plus de défense musculaire et on sent profondément dans la fosse iliaque une masse empâtée, douloureuse.

Au toucher utérus plus gros que normalement, un peu ramolli, légèrement mobilisable au prix de grandes douleurs. Douglas renfermant une masse rénitente très douloureuse. Le cul-de-sac latéral droit est très douloureux. La malade entre à l'hôpital de Pontarlier où notre maître le Dr Chaton, est appelé le soir même pour pratiquer l'opération.

Opération : incision ombilico-pubienne. Grand épiploon plongeant dans le douglas où il adhère à un caillot ancien du volume d'un citron en voie d'organisation. La trompe droite est gravide et entourée de caillots, le tout formant une masse du volume d'une grosse orange. Ablation de la trompe gravide et du sang, puis appendicectomie (collerette). Ether, drain, suture en trois plans. Guérison.

Pièce : à la section on trouve une petite cavité amnio

tique avec embryon de 7 cm. Les parois de deux travers de doigt d'épaisseur sont formés par la trompe apoplectique et les caillots.

Obs. 2 (*Inédite*). — Mme B..,, 34 ans, entre à la clinique le 9 novembre 1925, pour grossesse tubaire rompue, début le 3 octobre, par douleur syncopale avec métrorrhagie, retard de règle de 5 jours. Depuis petites pertes brunâtres et douleurs. A l'examen, utérus porté en avant, dans le douglas, masse rénittente très douloureuse.

Opération: laparotomie médiane sous-ombilicale. Trompe gauche volumineuse, entourée de caillots formant tumeur, un peu de sang dans les anses grêles, un caillot du volume du poing dans le douglas. Ablation de la trompe gravide et du sang. Ether, drain, fermeture de la paroi. Guérison.

L'hématome péritubaire est toujours occasionné par une grossesse tubaire saignant peu et lentement « l'hémorragie a été peu abondante et s'est vite tarie ». On observe des crises douloureuses récidivantes avec reprise des occupations dans l'intervalle.

« Les symptômes subjectifs sont si atténués que la femme n'est pas obligée de garder le lit. Cette forme est toujours méconnue de ceux qui, s'en tenant à l'enseignement classique, ne se figurent pas qu'une femme puisse circuler après l'interruption d'une grossesse tubaire et ne se représentent l'hémo-péritoine en dehors de l'inondation péritonéale que sous la forme du gros

hématome anté et rétro-utérin. Dans les hématomes péri-tubaires on pense généralement à une annexite banale. La masse formée par les caillots qui entourent la trompe elle-même plus ou moins distendue de sang donne au palper bi-manuel des sensations qui ressemblent à celles d'une ovaro-salpingite et ce n'est pas d'après ces caractères que l'on peut reconnaître que la masse ferme est faite de caillots anté et péri-tubaires » mais d'après la marche de la maladie et l'anamnèse.

Hématome enkysté par des adhérences dans l'abdomen

Obs. 1. (*Inédite*). — Mme D..., receveuse des postes, entre à la clinique le 7 mars 1921 pour grossesse extra-utérine rompue. Début le 3 février par crise abdominale douloureuse. Seconde crise le 9 février accompagnée de quelques pertes sanguines. Depuis le 3 février la malade garde le lit, a des douleurs abdominales localisées à droite sans vomissements, ni fièvre. Les dernières règles normales (le 7) remontaient au 16 décembre. Le 16 janvier pertes sanguines de couleur brunâtre ayant duré 16 jours. Malade régulièrement réglée à l'ordinaire. Les premiers jours de janvier fatigue, état nauséeux, nervosité.

A l'examen : adiposite considérable (107 kil.). Tuméfaction remontant à droite à deux travers de doigt au-dessous de l'ombilic. Au toucher : col ramolli, culs-de-sac libres, volume de l'utérus non perceptible.

Opération : laparotomie médiane sous-ombilicale, grossesse extra utérine abdominale, nid de la grossesse situé entre les anses intestinales et le grand épiploon, un peu de sang noir dans le ventre. Œuf entouré de nombreux caillots, contenant 2 fœtus répondant à 2 mois 1/2 encore vivants, recueillis dans un plateau. Au cours des manœuvres de délivrance, hémorragie importante à sang rouge. Trompes et ovaires paraissant sains, laissés en place, désinfection à l'éther. Drainage. Fermeture. Guérison.

Obs. 2 (Bl. Sutton, *Lancet*, 1891. Reproduit in *Thèse* Gauthier).

En août 1886, j'enlevai les trompes et les ovaires d'une femme de 35 ans, on l'avait traitée auparavant pour une salpingite supposée et on trouvait facilement sur le côté de l'utérus une tumeur ronde. Les symptômes avaient été insidieux, jamais elle n'avait eu de crises douloureuses aiguës ni d'arrêt des règles. En enlevant les annexes gauches on les trouve adhérentes à un grand repli de l'épiploon qui contenait un caillot et une once de sang liquide. L'ovaire contenait des follicules de Graaf gros ce qui faisait supposer que l'un d'eux s'était rupturé et avait donné lieu à l'hémorragie. Ce fait m'intrigua à cette époque mais j'ai gardé soigneusement la pièce. Trois ans après je l'examinai et je trouvai une rupture près de l'extrémité abdominale. Dans le pli du grand épiploon adhérent à la trompe il y avait une masse ronde de caillots laminés et dans celle-ci un œuf apoplectique gros comme une noisette. Dans

un coin de la circonférence on reconnaissait au microscope des villosités choriales typiques.

La variété que peut revêtir ce genre d'hématome échappe à toute description. Il s'agit de grossesses abdominales primitives ou secondaires comme dans notre observation où d'un épanchement ayant été limité par une cavité préformée comme ce semble bien être le cas dans l'observation de Bl. Sutton.

Hématome extra-péritonéal

(ou pseudo-hématocèle intra-ligamentaire)

Obs. 1. — Mme M..., 27 ans, entre à la clinique le 16 mars pour grossesse extra utérine droite. Le début remonte au 15 février, la malade, qui attendait ses règles, ressentit de violentes douleurs dans le ventre à droite, mais ne remarqua aucune perte de sang, depuis elle souffre d'une façon intermittente dans le ventre à droite. Rapports sexuels douloureux, amenant des pertes sanguines, obligée d'uriner toutes les heures. Examen : au toucher combiné, empâtement du cul-de-sac latéral droit, grosse masse du volume des deux poings remontant dans la fosse iliaque droite, utérus un peu gros, dur, réparti à gauche et en avant.

Opération : laparotomie médiane sous-ombilicale, trompe droite gravide, grosse masse distendant le ligament large droit qui à l'incision est rempli de caillots. Ablation de la trompe gravide. Trompe gauche

tordue en cor de chasse portant à son extrémité une masse du volume d'un gros œuf emplie de liquide. Ablation. Les deux ovaires sont gros et bourrés de kystes qui sont ouverts au bistouri mais laissés en place : Ether. Drain. Fermeture. Glace sur le ventre. Guérison.

Obs. 2. — (Guyot, in thèse de Villar) Mme C..., 28 ans, réglée régulièrement, règles durant 4 jours, crise d'appendicite en 1917, crise aiguë typique. Pas d'opération, guérison en 15 jours, bonne santé depuis, aucune récidive, accouchement normal il y a dix mois, enfant vivant et bien portant. Les règles d'octobre viennent avec dix jours de retard, à leur place la malade constate des hémorragies de sang noirâtre, chocolat, durant 3 jours.

Le 10 novembre en descendant de son escalier elle est prise subitement de douleurs violentes siégeant dans le bas ventre du côté droit, pas de syncope, mais la malade est obligée de se coucher, elle se fait appliquer 3 sangsues sur le côté douloureux par une voisine charitable et appelle dans la soirée son médecin qui lui fait une piqûre de morphine. Examen le lendemain par M. le Dr Guyot appelé en consultation, bon état général, pas de pâleur de la face, pouls à 60. T° 37, pas de ballonnement abdominal, aucune voussure, ventre souple, partout, sauf au niveau de la fosse iliaque droite où l'on sent une tuméfaction arrondie plongeant dans le petit bassin et très douloureuse à la pression.

L'examen génital montre une coloration violacée de la

vulve, au toucher le col est mou et entr'ouvert, l'utérus est gros, il est nettement refoulé vers la gauche et élevé vers l'abdomen. Les culs-de-sac latéral droit et postérieur sont occupés par une masse régulière, rénitente, peu douloureuse, perçue par le palper combiné. Collostrum au niveau des seins, pas de métrorrhagies. Le diagnostic est celui de grossesse extra-utérine droite en voie de rupture, on décide d'intervenir le soir même.

Opération (11 nov. 24, par M. le Pr Guyot, à la clinique Elie Gentrac). — Dès le ventre ouvert on aperçoit l'utérus refoulé à gauche par une grosse masse violacée siégeant nettement dans le ligament large droit, on pince immédiatement la trompe droite ainsi que les ligaments ronds et utéro-ovariens de ce côté, incision du péritoine antérieur. La main passe entre les deux feuillets du ligament large et arrive à énucléer la masse d'arrière en avant et de bas en haut. Au moment de l'extirpation elle se perfore et des caillots s'écoulent sur le champ des compresses. Hémostase, cautérisation de la section de la trompe, fixation de l'utérus au ligament rond, droit, réfection du feuillet postérieur du ligament large et antérieur de sa tranche supérieure. Attouchement à l'éther, vérification des annexes opposées saines et de l'appendice qui n'est pas malade, fermeture du ventre en trois plans sans drainage, durée 30 minutes. Suites opératoires normales, apyrétiques. La malade sort guérie 20 jours après.

Examen de la pièce : il s'agit d'une volumineuse hématocèle enkystée du ligament large. La trompe s'étale à sa partie supérieure, ouverte par la dissection elle mon-

tre un sac placentaire complet contenant un fœtus de deux mois environ, à sa partie basale correspondant exactement au secteur mesosalpingien, on voit une déchirure de la trompe qui conduit directement dans une masse de caillots agglomérés et enkystés par un feutrage périphérique du tissu conjonctif. Le tout est recouvert de péritoine dans le tiers supérieur et nettement dépéritonisé dans les deux tiers inférieurs correspondant à la base du ligament large, il s'agit donc bien d'une hématocèle à évolution typique incomplètement incluse et que l'énucléation facile permit d'extirper en entier.

Obs. 3 (*inédite*). — Mme B..., 43 ans, entre à la clinique le 4 février 25 pour appendicite et salpingite. Début de l'affection il y a six semaines par douleur dans la fosse iliaque droite avec empâtement du cul-de-sac latéral droit. Pertes sanguines à ce moment prises pour les règles que la malade attendait. A l'entrée rien au palper de la fosse iliaque droite. Empâtement du cul-de-sac droit au toucher. Opération : 1° Incision de Jalaguier. Aspect apoplectique du péritoine, appendice grêle allongé et adhérent par sa pointe dans le petit bassin, fermeture ; 2° Laparotomie médiane sous-ombilicale, trompe droite volumineuse faisant corps avec le ligament large adhérente à l'intestin grêle, à l'S iliaque et au rectum. Extirpation de l'hématome dont la dissection est rendue difficile par l'absence de plan de clivage. Mèche iodoformée, drain, éther, fermeture, glace sur le ventre, guérison.

Diagnostic opératoire : grossesse extra-utérine intra-ligamentaire, rupture remontant à six semaines.

Les conditions de formation de l'épanchement intra-ligamentaire ont été bien précisées dans la thèse de Couvelaire, il est étroitement lié à l'insertion du placenta au niveau du « secteur méso-salpingien de la circonférence tubaire », chose relativement rare, ce qui explique leur peu de fréquence. L'épanchement intraligamentaire a été l'objet de thèses récentes, aussi n'y insisterons-nous pas.

Hémato-salpinx

Obs. 1 (*inédite*). — Mme P... G... 30, ans entre le 25 février 1926 pour salpingite. L'affection a débuté il y a trois semaines par des pertes sanguines et des douleurs abdominales. Curettage du Dr Bouveret à l'entrée ; malgré cette intervention les pertes continuent, les jours suivants, le douglas est très douloureux au toucher et les culs-de-sac latéraux, le gauche surtout, sont effacés. Pas de fièvre.

Opération le 3 mars : Laparotomie médiane sous-ombilicale, très peu de sang dans le douglas. La trompe gauche a le volume du poing, la trompe droite présente un renflement du volume d'un œuf de poule, on les enlève toutes deux. Les ovaires, sains, sont laissés en place. Ether. Drain. Fermeture. Glace sur le ventre. Guérison.

Pièces : La trompe gauche apoplectique est remplie

de caillots au milieu desquels on trouve un petit œuf du volume d'une noix paraissant complètement séparé par les caillots des parois de la trompe. La trompe droite renfermait un liquide hématique de couleur sépia dans lequel il n'a pas été trouvé trace d'œuf à l'examen macroscopique.

Les observations d'hémato-salpinx purs nous ont paru peu fréquentes dans la littérature de la grossesse tubaire, nous n'avons trouvé que des travaux remontant à l'époque de discussion de la grossesse tubaire, l'hémato-salpingite est considérée comme une affection fréquente capable de provoquer l'hématocèle rétro-utérine, et dont on fait le diagnostic avec la grossesse extra-utérine et ses complications, maladie rare.

L'hémato-salpinx a d'ordinaire une évolution assez distincte quand il est pur. Si précocement l'œuf est décollé complètement par les hémorragies, de la paroi tubaire, il meurt et cesse de devenir dangereux, il se produit sur place une résorption des tissus ovulaires et on a au bout de quelque temps la collection silencieuse que nous avons trouvée dans la trompe droite de notre malade dont nous interprétons ainsi l'évolution : grossesse extra-utérine droite ayant donné un hémato-salpinx pur et ensuite grossesse extra-utérine gauche ayant commencé à évoluer vers l'avortement tubaire et qui a provoqué l'intervention.

CONCLUSIONS

1° Nos recherches bibliographiques et l'étude de nos observations relatives à la topographie des hématomes consécutifs aux hémorragies compliquant l'évolution de la grossesse extra-utérine tout en nous montrant la plus grande fréquence des deux types classiques ; cataclysmique de Barnes et rétro-utérine de Nélaton, nous a permis d'individualiser toute une série d'hématomes localisés pour la topographie desquels on peut adopter la classification suivante :

A) Hématomes intra-péritonéaux.

h. rétro-utérin (avec variétés rétro-latéro-utérine)
h. anté-utérin ;
h. péri-tubaire ;
h. pelvi pariéto-colique gauche ;
h. pelvi-pariéto-colique droit ;
h. pelvi-bi-pariéto-colique ou en lyre ;
h. irrégulier enkysté dans des adhérences.

B) Hématomes extra-péritonéaux.

hémato-salpinx ;

h. intra-ligamentaire, ou pseudo-hématocèle extra-péritonéale.

2° La connaissance de ces hématomes, outre son intérêt anatomo-pathologique, présente une importance clinique pratique. On peut les diagnostiquer avant l'intervention en y pensant d'abord et en recherchant par une percussion soigneuse méthodique leur présence dans les zones où nous les avons décrits.

3° La radiographie non encore appliquée à cette recherche nous paraît susceptible d'apporter une contribution intéressante à la précision du diagnostic.

4° La topographie de ces hématomes nous paraît pouvoir dépendre de causes diverses qui sont :

L'abondance de l'épanchement sanguin, donc :

La nature du vaisseau qui saigne ;
La rapidité du débit ;
La tension artérielle de la malade ;
L'indice de coagulabilité du sang.

L'âge et le siège de la grossesse.
Le point où siège la perforation.
De petites anomalies anatomiques présentées par la malade :

orientation antérieure du pavillon ;
longueur exagérée des mésos.

Les adhérences antérieurement établies :

suppression du Douglas

adhérences tubo-appendiculaires, etc...

L'état de vacuité ou de réplétion de la vessie, du rectum et le facteur de la réplétion (gaz) en ce qui concerne les côlons et en particulier l'anse sigmoïde.

Vu, *le Doyen*,
H. ROGER.

Vu, *le Président de la thèse*,
J.-L. FAURE.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

Traités de : Jean-Louis Faure et Siredey ;
Labadie-Lagrave et Legueu ;
Le Dentu et Delbet ;
Ribemont-Dessaigne et G. Lepage.

Aguinet. — De l'inondation péritonéale dans les grossesses ectopiques *(Th. Paris*, 03*)*.

Albertin et Desgouttes. — De la grossesse tubaire *(Lyon chir.*, 1909*)*.

Arroïo. — Contribution à l'étude des hémorragies intra-péritonéales consécutives à la rupture de grossesse tubaire *(Th. Paris*, 98-99*)*.

Bazalgette — Des grossesses extra-utérines méconnues *(Th. Paris*, 05*)*.

Barret. — Quelques points cliniques et thérapeutiques de la gr. ex. ut. *(Th. Paris*, 27*)*.

Bastionelli. — 4 cas d'hémato-salpinx dus à la grossesse extra-utérine (*Bull. Soc. Lanciscaria*, Rome 91*)*.

Beau. — La grossesse tubaire isthmique *(Th. Paris*, 19*)*.

Binaud. — De l'hématocèle pelvienne intra-péritonéale considérée particulièrement dans ses rapports avec la grossesse tubaire *(Th. Bordeaux*, 91-92*)*.

Bouilly. — Hémato-salpingite. Bulletins et mémoires de la *(Société de chirurgie de Paris*, 87 et 90*)*.

Bouilly. — Notes sur la grossesse extra-utérine (*La Gynécologie*, 98).

Boursier. — Un cas d'hématocèle rétro utérine par avortement tubaire incomplet (*Journ. de Méd. de Bordeaux*, 1902).

Camelot. — De l'hémato-salpinx (*Th. Paris*, 95).

Casalis. — 29 cas de grossesse extra-utérine (*Th Paris*, 19).

Cestan. — Des hémorragies intra-péritonéales et de l'hématocèle pelvienne considérées particulièrement dans leurs rapports avec la grossesse tubaire (*Th Paris*, 93-94).

Chaton. — L'hématome pelvi-pariéto-colique gauche (*Presse Médic* 12 juillet 26).

Coulomb. — Contribution à l'étude de l'hémato-salpinx.

Courty. — *Traité pratique des maladies de l'utérus*, 1885.

Couvelaire. — Etudes anatomiques sur les grossesses tubaires (*Th. Paris*, 1901).

Dagot. — De la nature de quelques hémato-salpinx (*Th. Paris*, 91).

Doran. — Hœmatome and hœmatocèle, à study of two cases of early tubal pregnancy (*Trans. obst. Soc. Londres*, 1905-05).

Doran. — Cases of tubal abortion with double hæmatosalpinx operation, recovery (*Brit. Med. Journal*, Londres 1891).

Eastmann. — Intraligamentous tubal pregnancy (*Amer. Journ. of obst.*, N.-Y. 1888).

Fairbairn. — Rupture intra-ligamentous pregnancy with pelvic hematocele (*St-Thomas, hôp. Rec.*, Londres 98-99).

Fenerly. — *Th Paris*, 1855.

Fesq. — Grossessé extra-utérine et appendicite (*Th. Paris*, 11).

Gauthier. — Sur la rupture de grossesse tubaire et l'avortement tubaire (*Th. Paris*, 92-93).

Giglio. — Duodici casi di hématocele pelvico intrapéritonéale di aborto tubarico (*Ann. di ostet.*, Milano, 98).

Goyau, — Appendicite et grossesse extra-utérine, Bordeaux, 1924.

Guesmes. — De l'hémato-salpingite (*Th. Paris*, 87).

Guyot. — Un cas d'hématocèle intra-ligamentaire (*Soc. gyn. et obst.*, Bordeaux, 24).

Hartmann. — Sur les grossesses tubaires (*Revue générale clin. et ther.*, Paris 17).

Hartmann et Bergeret. — 186 cas de grossesse extra-utérine dans les premiers mois (*Gyn. obst.*, Paris 19).

Job. — Sur les hématocèles utérines intra-péritonéales (*Th. Paris*, 21).

Jones. — Péritubal hœmatocele early tubal gestation (*Brit. gyn.*, Londres, 03-04).

Lacoste. — De l'hématocèle utérine extra péritonéale (*Th. Montpellier*, 77).

Lejars. — Les fausses couches tubaires (*Semaine médic.*, Paris, 04).

Lapointe. — Les formes cliniques de l'hémo-péritoine par interruption de grossesse tubaire (*Sciences médicales*, 31 octobre 24).

Lyon-Caen, Pichevin. — Avortement tubaire avec enkystement de la trompe gravide. Hématocèle périannexielle (*Semaine gynéc.*, Paris, 06).

Martin. Das extra péritonéal hœmatom (Stuttgard, 87).

Nélaton. — Leçons sur l'hématocèle (*Gaz. hôp.*, 1852-53).

Neveux. — Les hématomes circonscrits intra-péritonéaux d'origine gravido-tubaire (*Th. Paris*, 1920).

Phélippot. — Hématomes inclus dans les ligaments larges (*Th. Bordeaux*, 13-14).

Pichevin. — Un cas de grossesse tubaire donnant lieu à un hématome intra-ligamentaire (*Journ. méd.*, Paris, 07).

Pinard. — Documents pour servir à l'histoire de la grossesse extra-utérine (*Ann. gyn.*, 89).

Pivoteau. — Les formes appendiculaires de l'hématocèle pelvienne (*Th. Lyon*, 23).

Ralli. — Etude clinique de la grossesse extra-utérine (*Th. Paris*, 1900).

Récamier. — *Gaz. des hôp.*, 1831.

Smellie. — Observations sur les accouchements (*Traduction de Préville*, 1772).

Theilhaber. — Un cas d'hémato-salpinx causé par une grossesse tubaire (*Müncher medizinische Wochenschrift*, 91).

Tsaï. — La rupture de la grossesse tubaire dans le ligament large (*Th Bordeaux*, 24-25).

Villar. — Des grossesses extra utérine intra-ligamentaires (*Th. Bordeaux*, 27).

Zimmerman. — Intra-ligamentary ectopic gestation (*Kentucky bowling* green, 07-08).

Zographos. — Des douleurs élevées comme symptômes de grossesse tubaire (*Th. Nancy*, 24-25).

1928. St-Amand (Cher). — Imp. A. CLERC.